

診療情報提供書

今井認定こども園・畝傍認定こども園・新沢認定こども園

嘱託医 待史

前略 毎々御高配賜り厚く御礼申し上げます。

下記、患者をご紹介申し上げます。

何卒よろしく御高診賜りますようお願い申し上げます。

尚、今後ともよろしく御指導いただきますようお願い申し上げます。

氏名		年齢 歳	性別		生年月日	
患者住所			電話番号			

診断名	
-----	--

紹介目的	上記患者の食物アレルギー疾患について情報提供します。
------	----------------------------

病状 および 経過	詳細は別添「橿原市立認定こども園・幼稚園におけるアレルギー疾患生活管理指導表 (食物アレルギー・アナフィラキシー)」のとおりです。
-----------------	--

令和 年 月 日

医療機関名

住所

医師名